





### 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco / Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco / Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Tem alguém que seja da sua relação próximo a frequentar este estabelecimento?

Sim  Quem? \_\_\_\_\_

Não  Serviço \_\_\_\_\_

### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim  Qual? \_\_\_\_\_

Não

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?

Sim  Não

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:

diário e permanente  diário pontual  pontual  inexistente

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

Serviço de apoio domiciliário  Centro de dia  Outro serviço

Indique qual a organização: \_\_\_\_\_ Qual o outro serviço: \_\_\_\_\_

### 5. CARATERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

#### Tipo de incapacidade(s)

Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e. auditivas; coluna vertebral) Sim  Não  Quais: \_\_\_\_\_

Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e. andar distâncias longas; participar em atividades de grupo) Sim  Não  Quais: \_\_\_\_\_

Utiliza ajudas técnicas ou tecnológicas de apoio? Sim  Não  Quais: \_\_\_\_\_

Causa(s) das incapacidade(s): Congénita(s)  Adquirida(s)



## 6. DOCUMENTOS ENTREGUES

---

- Bilhete de identidade ou Cartão do Cidadão do utente e do representante legal, quando necessário
- Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal, quando necessário
- Cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal, quando necessário
- Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde ou de Subsistema a que o utente pertença
- Boletim de vacinas e relatório médico comprovativo da situação clínica do utente
- Comprovativos dos rendimentos do utente e agregado familiar
- Declaração assinada pelo utente ou seu representante legal em como autoriza a informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração do processo individual

## 7. DECLARAÇÃO

---

Declaro que autorizo que os dados pessoais sejam informatizados para efeitos de elaboração do processo individual do utente.

Ferro, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Significativo(s): \_\_\_\_\_

## 8. ASSINATURAS FICHA DE INSCRIÇÃO

---

Cliente: \_\_\_\_\_

Significativos: \_\_\_\_\_

Organização: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### A preencher pelo Estabelecimento

Admitido  Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lista de espera

Não admitido  Motivo: \_\_\_\_\_

Pendente  Motivo: \_\_\_\_\_